



Mehr Menschlichkeit statt Durchökonomisierung

Positionspapier der Gesundheitsberufe für ein patientengerechtes Gesundheitswesen

Vorwort

Das Bündnis Gesundheit 2000 repräsentiert die Gesundheitsberufe in Deutschland, die 4,2 Millionen direkt und indirekt im Gesundheitswesen Beschäftigten. Ziel des „Bündnis Gesundheit 2000“ ist und war es, die Bevölkerung über die gravierenden Folgen verfehlter Strukturpolitik im Gesundheitswesen aufzuklären. Dauerbudgetierung, permanente Arbeitsüberlastung, Überreglementierung und Listenmedizin sind Defizite, die allein durch das Engagement der Beschäftigten nicht mehr kompensiert werden können. Wenn eine gute Gesundheitsversorgung erhalten bleiben soll, dann brauchen wir Veränderungen der wirtschaftlichen und beruflichen Rahmenbedingungen, die wieder Zuwendung möglich machen, wo Zuteilung (Rationierung) droht. Das „Bündnis Gesundheit 2000“ fordert deshalb für das deutsche Gesundheitswesen mehr Menschlichkeit statt Durchökonomisierung.

Die im Bündnis Gesundheit 2000 vertretenen 38 Organisationen haben es sich zur Aufgabe gemacht, Lösungswege für eine Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems aufzuzeigen. Dabei haben die Gesundheitsberufe immer wieder deutlich gemacht, dass ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen eine stabile Finanzierungsgrundlage braucht, um den wachsenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen decken zu können. Im krassen Gegensatz dazu stehen aber die fortgesetzte Auszehrung der gesetzlichen Krankenversicherung durch versicherungsfremde Leistungen und der politische Missbrauch zur Entlastung anderer Sozialversicherungszweige.

Das nachfolgende Positionspapier für ein patientengerechtes Gesundheitswesen dokumentiert den Willen der Bündnisteilnehmer, gemeinsam mit Politik, Patienten und Krankenkassen die derzeitigen Probleme des Gesundheitswesens zu diskutieren und – wenn möglich – einvernehmlich zu lösen.

Als Hauptprobleme betrachtet das Bündnis nach wie vor die zunehmende „Durchökonomisierung“ des Gesundheitswesens vor dem Hintergrund einer immer stärker um

sich greifenden Wettbewerbsdoktrin. Der Patient droht anonymisiert, Behandlung und Betreuung typisiert zu werden. Die Gesundheitsberufe werden unter einen enormen Kosten- und Konkurrenzdruck gesetzt; Zuwendung droht im Zuge von Effizienzsteigerungen und Rationalisierungen verloren zu gehen. Die Berufe im Gesundheitswesen verlieren an Attraktivität, derweil die Zahl der Behandlungsbedürftigen stetig steigt. Die Gesundheitsversorgung gerät in Not. Erschwerend kommen die erodierenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren enorme Belastung durch versicherungsfremde Aufgaben hinzu (*Statistik im Anhang*). Angesichts dieser Entwicklung wird dem GKV-Versicherten das Notwendige nicht mehr entsprechend dem medizinischen Fortschritt gewährleistet werden können. Wir appellieren deshalb dringend an die verantwortlichen Politiker wie an die Partner im Gesundheitswesen, in ihrem Aktionismus inne zu halten und zu überlegen, was wirklich wichtig für eine gute Versorgung ist und wie dies solidarisch finanziert werden kann.

Das „Bündnis Gesundheit 2000“ tritt nachhaltig dafür ein, allen Patienten wie auch Versicherten langfristig die Teilhabe am Fortschritt im Gesundheitswesen zu sichern. Alle Patienten haben Anspruch auf eine individuelle und qualifizierte gesundheitliche Versorgung. Bei der Betreuung und Versorgung kranker Menschen darf deshalb nicht im Vordergrund stehen, was Leistungen im Einzelfall kosten. Die Entscheidungsgrundlage muss vielmehr sein, dass die Leistungen zur Gesundheit und Linderung beitragen.

Hierzu bedarf es grundsätzlich der Orientierung an Gesundheitszielen, die aber im deutschen Gesundheitswesen bislang zu wenig Beachtung gefunden haben. Zu vereinbaren sind diese Gesundheitsziele zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen und unter Einbeziehung der Versicherten, Patienten und Pflegebedürftigen. Die Ausrichtung der Gesundheitsziele hängt entscheidend von den Patienten ab; denn wir verstehen die Patienten als Kooperationspartner.

Die Patienten und die Berufe im Gesundheitswesen müssen die Möglichkeit haben, gemeinsam nach einem individuellen Behandlungsweg suchen zu können. Leitlinien und Standards können dabei den Weg weisen, wenn sie als Handlungskorridore verstanden werden und nicht als Checkliste für eine Normbehandlung.

Im Zentrum dieses Positionspapiers steht der Versorgungsbedarf der Bevölkerung und der Versorgungsanspruch des Einzelnen. Dabei gilt es, folgende Reformziele prioritär zu berücksichtigen:

1. Veränderungen im Krankheitsspektrum müssen bei der Definition des Versorgungsbedarfes berücksichtigt werden. Mit zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung nehmen vor allen Dingen chronisch-degenerative Erkrankungen einen immer höheren Stellenwert in der Medizin und Pflege ein. Dies betrifft insbesondere Krankheitsbereiche wie:

- Krankheiten des Stütz- und Bewegungssystems;
- Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems;
- Krankheiten des zentralen Nervensystems und psychische Erkrankungen
- Zahnfleisch- und Zahnbetterkrankungen.

Die oben genannten Krankheiten und ihre Folgen führen nicht nur zu einer körperlichen Schädigung, sondern auch zu weit reichenden Funktions- und Fähigkeitsstörungen, die umfangreiches präventives, kuratives, rehabilitatives und palliatives Handeln erfordern.

Ein zusätzlicher Versorgungsbedarf zeichnet sich zukünftig vor allem bei den Volkskrankheiten Diabetes, Asthma, Rheuma sowie Krebs ab. Besondere Versorgungsdefizite in der Arzneitherapie gibt es bei Langzeiterkrankungen wie Multiple Sklerose, Hepatitis B/C sowie AIDS. Daher bedarf es einer kontinuierlichen, unter den Beteiligten abgestimmten Gesundheitsberichterstattung mit dem Ziel, den tatsächlichen Versorgungsbedarf zu analysieren und Defizite zu definieren.

Darüber hinaus gibt es immer noch Indikationsbereiche, die durch Unterversorgung gekennzeichnet sind. So werden beispielsweise über die Hälfte aller depressiven Patienten nicht ausreichend behandelt. Unter chronischer Unterversorgung leiden auch Schmerzpatienten und geronto-psychiatrisch Erkrankte, insbesondere Demente. Angesichts der demografischen Entwicklung werden zusätzliche Investitionen notwendig sein, um diese Menschen adäquat behandeln und betreuen zu können.

Alle im Gesundheitswesen Beteiligten – Krankenkassen und Gesundheitsberufe – sind gefordert, unter Einbeziehung der Betroffenen in gemeinsamer Verantwortung den Gesundheitssektor auf Unter-, Über- und Fehlversorgung hin zu überprüfen. Fehlgesteuerte Ressourcen zu identifizieren und in Bereiche mit Versorgungsdefiziten umzulenken, ist dabei notwendig, aber nicht hinreichend.

2. Der Versorgungsbedarf muss patientenorientiert und nicht budgetabhängig definiert werden.

Der Fortschritt im Gesundheitswesen und die demografische Entwicklung hin zu einer »Gesellschaft des langen Lebens« führen zu einer Leistungsdynamik im Gesundheitswesen, die mit der Mobilisierung vermeintlicher „Wirtschaftlichkeitsreserven“ allein nicht mehr aufgefangen werden kann. Dies hat das Bündnis Gesundheit 2000 in seinem ersten Eckpunktepapier vom Mai 2000 so formuliert, und auch die Politik hat das inzwischen so erkannt.

Budgetierungsmaßnahmen aber greifen unverändert massiv rationierend in Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung ein. Sowohl die Innovationskomponente als auch die bei einigen

Krankheitsbildern bestehende Unterversorgung werden dabei völlig unzureichend berücksichtigt.

Eine rein ökonomisch begründete Begrenzung der Ausgaben wird zwar nicht den Fortschritt weltweit aufhalten können, wohl aber dazu führen, dass immer weniger Menschen unter den Bedingungen einer Rationierung in den Genuss dieses Fortschritts kommen. Die Sorge der Versicherten vor einer Zweiklassen-Medizin durch Begrenzung der finanziellen Mittel ist berechtigt. Eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung darf deshalb nicht durch Budgetierung definiert und limitiert werden, denn Krankheiten und ihre Folgen sind nicht planbar. Auch werden wegen des Kompetenzwirrwarrs und unklarer Zuständigkeiten der Kostenträger, z.B. der Krankenkasse oder Pflegekasse, pflegerische Leistungen vorenthalten. Diese Situation wird sich noch weiter verschärfen.

3. Die steigende Lebenserwartung der Versicherten verlangt mehr Eigenverantwortung im Gesundheitsverhalten.

Der Fortschritt im Gesundheitswesen eröffnet stetig neue Perspektiven der Krankheitsbehandlung. Dadurch erreichen schon jetzt immer mehr Menschen ein höheres Lebensalter, sind aber im Alter häufiger krank und oft auch dauerbehandlungs- oder pflegebedürftig. Hinzu kommt, dass viele ältere Menschen an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. Die Leistungssteigerungen in der Diagnostik und Behandlung, Betreuung und Pflege bewirken aber auch, daß die Bevölkerung insgesamt besser versorgt werden kann.

Die neuen Möglichkeiten der Medizin und Pflege wirken sich auch auf das geänderte Gesundheitsverhalten und Körperbewusstsein der Menschen aus. Gesundheitsförderung und Prävention haben heute einen deutlich höheren Stellenwert in der Gesellschaft als noch vor 20 Jahren.

Der Versicherte von heute nutzt die vielfältigen Möglichkeiten der Information und entwickelt dadurch eine bestimmte Erwartungshaltung an das Gesundheitswesen. Diese Erwartungen können insbesondere die Gesundheitsberufe professionell erfüllen, denn nach ihrem Berufsverständnis sind Gesundheitsförderung und Prävention wichtige Voraussetzungen einer umfassenden Gesundheitsversorgung.

Mit dem Fortschritt sind auch die Ansprüche der Patienten und die Hoffnung, geheilt werden zu können, gestiegen. Die Medizin darf aber nicht als reiner Reparaturbetrieb betrachtet werden. Viele Erkrankungen könnten vermieden oder frühzeitig erkannt werden, wenn die Bereitschaft zu Eigenverantwortung, Prävention und Individualvorsorge noch größer wäre.

Die Gesundheitsberufe begrüßen deshalb, dass wissenschaftlich nachprüfbar und qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Prävention stärker gefördert werden sollen, wie dies im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen ist.

4. Zur Vermeidung von Unterversorgung und Rationierung im Gesundheitswesen bedarf es zusätzlicher Finanzmittel für die gesetzliche Krankenversicherung.

Mit einer optimalen Nutzung der heute zur Verfügung gestellten Ressourcen allein wird das Niveau der Patientenversorgung in Deutschland nicht zu halten sein. Denn Ursache der Finanzkrise der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht die immer wieder behauptete „Kostenexplosion“, sondern in erster Linie die schwierige Einnahmesituation der Kassen. Seit über 20 Jahren bewegen sich die Gesundheitsausgaben etwa im Gleichschritt mit der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung; der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist seit 1980 so gut wie konstant geblieben. Allerdings hat die dauerhafte Anbindung der Budgets an die Grundlohnsumme dazu geführt, dass das Gesundheitswesen von der volkswirtschaftlichen Gesamtentwicklung abgekoppelt wurde. Eine Entwicklungsperspektive des Gesundheitswesens unterhalb des BIP-Zuwachses ist somit wegen der sinkenden Lohnquote zwangsläufig.

Wenn es nun dennoch zu Beitragssatzsteigerungen gekommen ist, so liegt das vor allem an der sinkenden Lohnquote und an Art und Weise der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen als Grundlage der Beitragsbemessung.

Die Regierungen haben bisher auf die steigenden Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung und die Veränderungen des Krankheitsspektrums nur mit phantasielosen Kostendämpfungsgesetzen reagiert, entweder nach dem »Rasenmäherprinzip«, d.h. alle Bereiche wurden gleichmäßig gekappt, oder nach dem Prinzip der »Verschiebebahnhofpolitik«, um Löcher in der Rentenkasse oder in der Arbeitslosenversicherung zu stopfen. Beispielhaft sei hier nur die Erhöhung der Beiträge aus Krankengeld durch das Rentenreformgesetz 1992 genannt, die von 1995 bis 2003 zu einer finanziellen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen von 4,89 Milliarden Euro führen (*detaillierte Aufstellung der finanziellen Belastung der GKV im Anhang*). An den strukturellen Problemen haben diese Maßnahmen nichts ändern können. Deshalb sollte die Einnahmenseite so gestaltet werden, daß sie von der Arbeitsmarktentwicklung weitgehend unabhängig ist.

5. Die Grundlage für die Beitragsbemessung muss reformiert werden.

Die Ursache der Einnahmekrise besteht im Kern in der Bindung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung an den Produktionsfaktor Arbeit. Bei unbefriedigender Konjunkturlage, insbesondere bei hoher Arbeitslosigkeit wird diese ausschließliche Anbindung der GKV-Einnahmen an die Arbeitseinkommen zum Problem. Schon eine geringfügige Zunahme der Arbeitslosigkeit führt zu erheblichen Einnahmeausfällen. Allein durch die 1992 beschlossene Absenkung der Bemessungsgrundlage für Krankenkassenbeiträge der Arbeitslosen von 100% auf 80% des letzten Bruttoentgelts musste die GKV in den Jahren von

1995 bis 2000 einen Einnahmeverlust von 24 Milliarden Euro hinnehmen (*Quelle: VdAK, Daten im Anhang*).

Angesichts der demografischen Entwicklung und des Fortschritts im Gesundheitswesen ist die ausschließliche Anbindung der GKV-Einnahmen an das Arbeitseinkommen keine auf Dauer tragfähige Lösung. Zur Sicherung des Generationenvertrages müssen auch andere Finanzierungsmöglichkeiten berücksichtigt werden, wie sie beispielsweise vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen diskutiert worden sind.

6. Patienten erwarten Menschlichkeit statt Durchökonomisierung

Die Gesundheitsversorgung braucht ein menschliches Gesicht. Die Patienten erwarten zu recht Zuwendung, Kompetenz und angemessene Zeit für individuelle Behandlung, Betreuung und Pflege. Sie wollen informiert, beraten und in die Entscheidung über Therapiekonzepte einbezogen werden. Festzustellen ist allerdings, dass die dazu notwendige Zeit in Praxen, Kliniken und Pflegediensten viel zu oft fehlt. Und das trotz der Millionen überwiegend unbezahlter Leistungen und Überstunden. Denn die derzeit geltenden Budgets sind nicht am Versorgungsbedarf, sondern ausschließlich an der Beitragssatzstabilität ausgerichtet. Sie stehen damit im Gegensatz zu einer bedarfsnotwendigen Versorgung der Bevölkerung und verweigern den gesetzlich versicherten Patienten die Teilhabe am Fortschritt.

Dabei ist das Gesundheitswesen höchst innovativ und könnte die Jobmaschine dieser Zeit werden. Während in vielen Branchen Arbeitsplätze abgebaut werden, sieht es im Gesundheitswesen überwiegend anders aus. Hier wird nicht entlassen, hier wird gesucht; bei der Pflege, den Apothekern und den Ärzten ist heute schon ein Fachkräftemangel nachgewiesen. Vor dem Hintergrund

- der demographischen Entwicklung (Gesellschaft des langen Lebens),
- der stetig steigenden Leistungsanspruchnahme,
- der fortschreitenden Differenzierung der Medizin sowie
- die Neustrukturierung von Versorgungsformen

wird der Bedarf an Fachkräften weiter steigen.

Bei derzeit festzustellenden sinkenden Nachwuchszahlen in vielen Gesundheitsberufen aber droht die Gesundheitsversorgung zu kollabieren. Die Attraktivität der professionellen Berufe im Gesundheitswesen muss erhöht werden, die Arbeitsbedingungen müssen verbessert werden.

Dazu sind folgende Maßnahmen unabdingbar:

- Qualifizierte Ausbildung und Weiterbildung
- Überstundenabbau
- Leistungsgerechte Gehälter bzw. Honorare
- Entbürokratisierung

Die Politik muss sich für ein Gesundheitswesen mit menschlichem Gesicht entscheiden.

7. Das Prinzip der Solidargemeinschaft muss erhalten bleiben, eine Neudefinition des Leistungsumfangs der GKV aber ist unumgänglich.

Die unter dem Primat der Beitragssatzstabilität zur Verfügung stehenden Mittel reichen nicht aus, um das derzeitige Versorgungsniveau der GKV aufrecht zu erhalten und gleichzeitig den Fortschritt im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Die GKV ist mit ihrem Einnahmenproblem nicht mehr in der Lage, genügend Mittel bereit zu stellen. Dennoch werden immer neue Leistungen in das System eingeführt, ohne dass eine ausreichende Gegenfinanzierung vorhanden ist.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung muss deshalb von fragwürdigen und versicherungsfremden Leistungen befreit werden. Insbesondere Mutterschaftsgeld und Sterbegeld gehören nicht zum unverzichtbaren Leistungsspektrum der GKV, sondern müssen allgemein staatlich (steuer)finanziert werden.

Gesundheitsleistungen, die über das Notwendige hinausgehen und rein persönlichen Bedürfnissen insbesondere dem Wohlbefinden und der Ästhetik dienen, sollten privat bezahlt werden. Hier kann und darf der Versicherte nicht die Solidargemeinschaft belasten. Vielmehr ist hier das eigenverantwortliche Handeln der Patienten gefragt.

8. Sozialverträgliche Selbstbeteiligung schärft Kostenbewusstsein.

Die Eigenverantwortung der Patienten wird auch durch Selbstbeteiligung gestärkt. Denn Selbstbeteiligung schärft das Kostenbewusstsein und entlastet zugleich die gesetzliche Krankenversicherung. Wenn die Politik an ihrem Ziel grundsätzlich stabiler Beitragssätze festhalten will, dann sollte die Selbstbeteiligung für Versicherte sich auch auf andere als bisherige Bereiche beziehen. Chronisch Kranke und einkommensschwache Patienten allerdings müssen auch weiterhin vor unzumutbaren finanziellen Belastungen geschützt werden (Sozialklauseln).

In der zahnmedizinischen Versorgung, die besonderen Bedingungen unterworfen ist, ließe sich ein System von befund- bzw. diagnoseabhängigen Festzuschüssen mit Kostenerstattung im Rahmen einer konsequent präventionsorientierten Zahn- Mund- und Kieferheilkunde verwirklichen. Deutlicher als in anderen Versorgungsbereichen gibt es hier bei entsprechenden Diagnosen vielfältige Therapiealternativen. Im Interesse sozialer Gerechtigkeit aber gleichzeitig auch als wichtiges Steuerungsinstrument sollen dem Patienten unabhängig vom gewählten Therapiemittel der auf den Befund bezogene Festzuschuss für die Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Das befundorientierte Festzuschusskonzept ermöglicht eine Grenzziehung nicht durch Therapieausgrenzung sondern an Hand von konkreten medizinischen Befunden.

Dabei kommt der Eigenverantwortung des Patienten und seiner Mitarbeit beim Mundgesundheitsverhalten insbesondere im Rahmen der Befunderhebung und Therapieplanung eine zentrale Bedeutung zu.

9. Die Behandlung, Diagnostik, Therapie, Pflege und Betreuung der Patienten erfordert die Sicherung angemessener Strukturen.

Qualitätssicherung und ständige Qualitätssteigerungen sind im Gesundheitswesen unumstrittene Ziele. Die im Bündnis Gesundheit 2000 organisierten Berufsgruppen sehen sich gemeinsam in der Pflicht und der Verantwortung, die hohe Qualität des deutschen Gesundheitswesens auch weiterhin zu sichern. Dabei darf Qualitätssicherung allerdings nicht als Instrument zur Kostendämpfung missbraucht werden.

Eine gute Patientenversorgung wird vor allem durch den großen persönlichen Einsatz der Gesundheitsberufe gesichert. Wenn diese gewohnte Qualität erhalten werden soll, darf der finanzielle Druck auf das Gesundheitswesen bzw. auf einzelne Berufe nicht weiter verstärkt werden. Die politischen Rahmenbedingungen aber führen seit Jahren zu einer wachsenden Rationierung, weil immer weniger Personal für zunehmend mehr Patienten und Schwerkranke zuständig ist. Mit dieser enormen Leistungsverdichtung und Deprofessionalisierung einher geht der Ersatz durch unzureichend qualifiziertes Personal.

Politik und Krankenkassen tragen für diese Entwicklung die Verantwortung, fallen aber immer wieder nur in verfehlte Versorgungsmuster zurück: z.B. Pflege durch Angehörige oder Pflege durch Hilfskräfte bei gleichzeitigem Abbau professionell Pflegenden. Die derzeitige Qualitätsdebatte erfordert aber das Gegenteil. Qualifikation ist das wirksamste Mittel für eine erfolgreiche Behandlung, Betreuung und Pflege. Leider werden die dazu erforderlichen Ausbildungsmöglichkeiten politisch verwaltet und nicht zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung genutzt. Es ist deshalb auch zu fordern, dass die Ausbildungen dem Qualitätsgrundsatz entsprechend aktuell und umfassend angepasst werden.

Wenn die Politik Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement propagiert, muss sie auch dafür sorgen, dass ein breiter Konsens mit den Gesundheitsberufen zur Definition von Qualität und deren Finanzierung gefunden wird. Zeiten für Information und Aufklärung, aber auch die organisatorischen und administrativen Abläufe in Kliniken, Apotheken, Praxen, Labors und Pflegeeinrichtungen und nicht zuletzt Zeit für menschliche Zuwendung sind ausreichend zu finanzieren. Abzulehnen sind Tendenzen zur Deprofessionalisierung, wie sie sich beispielsweise bei der Forderung nach Einführung eines Versandhandels von Arzneimitteln mit Zustelldiensten durch nicht qualifiziertes Personal abzeichnen.

10. Integration statt Segmentierung – Interprofessionelle Zusammenarbeit unverzichtbar

Der einzelne Patient erlebt eine Vielzahl von Leistungserbringern und erfährt eine unterschiedlich geordnete Begleitung. Zuständigkeiten sind nicht immer eindeutig geregelt und können unterschiedlich interpretiert werden.

Es gilt deshalb, die bestehenden starren Strukturen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wie auch zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern aufzubrechen. Die Schnittstellen sind dabei so zu organisieren, dass die Versorgung von Strukturen unabhängig und bedarfsgerecht gewährleistet werden kann.¹

In integrierten Versorgungsformen liegen große Chancen für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen. Essentiell für eine integrierte Gesundheitsversorgungskette ist die Optimierung von Kommunikation und Kooperation. Die „integrierende Kompetenz“ aller Gesundheitsberufe muss deshalb als ein Lösungsansatz für Schnittstellenprobleme innerhalb eines ausdifferenzierten Versorgungssystems verstanden werden. In diesem Versorgungssystem werden Koordination und Organisation der Patientenversorgung in dem Maße wichtiger, wie sich die klassische Versorgung verändert.

Zu den neuen Versorgungsformen gehören die geplanten Disease-Management-Programme (DMP), die allerdings in ihrer Reduktion auf wenige chronische Erkrankungen wegen der begrenzten Finanzmittel zu Lasten der Versorgung der übrigen Patienten gehen können.

Für die DMP werden hochwertige, evidenzbasierte und abgestimmte Behandlungsleitlinien gebraucht. Sie dürfen allerdings nicht zum Dogma erhoben werden. Vielmehr muss es möglich bleiben, auf die individuelle Situation des Patienten eingehen zu können. Die DMP dürfen nicht zu einer Checklistenmedizin zwingen, sondern können allenfalls den Handlungskorridor für eine individuelle Behandlung des Patienten eröffnen.

Notwendig sind in behutsamer Sacharbeit entwickelte evidenzbasierte Leitlinien² zum Wohle der Patienten, nicht prioritär zur Verwaltungsarbeit. Verhindert werden muss deshalb eine totale Typisierung und infolgedessen Bürokratisierung der Medizin. DMP sind kein Selbstzweck, sondern können – patientengerecht entwickelt – wichtige Orientierungshilfe in der Versorgung werden.

Das Ziel, gesund zu bleiben, gehört deshalb zur höchsten Priorität. Doch ein „gesunder“ Bürger unserer Gesellschaft erlebt sich selten als potentieller Patient. Es ist deshalb schwierig, ihn für

¹ [Die angesprochenen Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bestehen im zahnärztlichen Bereich nicht.](#)

die Mitwirkung und Gestaltung des Gesundheitswesens zu gewinnen. Erst über eigene Erfahrungen als Kranker oder Hilfsbedürftiger nimmt die Motivation zu, sich mit der Entwicklung der Versorgungssysteme auseinanderzusetzen. Doch nur gut informierte Patienten sind Garanten für ein gutes Gelingen. Eine wesentliche Voraussetzung für die integrierte Versorgung ist deshalb die möglichst weitgehende Einbeziehung der Patienten.

11. Die Kooperation der Gesundheitsberufe muss durch die politischen Rahmenbedingungen unterstützt werden.

Die Gesundheitsberufe sind in ein komplexes Dienstleistungssystem für den Patienten integriert und dadurch mit der Notwendigkeit konfrontiert, vielfältige Kooperationen einzugehen. Diese ganzheitliche Betrachtung ist für den Behandlungserfolg und damit für die Patientenzufriedenheit maßgeblich. Alle Gesundheitsberufe leisten dazu ihren Beitrag. Deshalb sollten die Schnittstellen und Strukturen der Patientenversorgung kontinuierlich überprüft und kooperative Konzepte verbessert werden.

Vernetzung und Verzahnung bleiben theoretische Wortgebilde, wenn nicht die partnerschaftliche Kooperation im komplexen Beziehungsnetz der Gesundheitsversorgung gestärkt wird. Denn Qualität ist die Summe der Leistungen *aller* Berufe im Gesundheitswesen.

Anhang

- VdAK: „Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der GKV, Übersicht vom 05.09.2001
- IGSF/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel: Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Kieler Kritik, Mai 2002, S. 63
- Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (2000), Übersicht IGSF/Fritz Beske Institut

² In der Pflege hat sich statt des in der Medizin verwendeten Begriffs „Leitlinien“ der Begriff „Standards“ etabliert.